

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896 à 9 heures

PAR

DONGRADI

Né à Vignale (Corse) le 2 décembre 1871

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

TOPOGRAPHIE DU ZONA

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. } GAUCHER, professeur.
 } LETULLE, THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

* 1896

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896 à 9 heures

PAR

DONGRADI

Né à Vignale (Corse) le 2 décembre 1871

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

TOPOGRAPHIE DU ZONA

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { GAUCHER, professeur.
LETULLE, THOINOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
Professeur honoraire	TILLAUX.
M. PAJOT.	BERGER.
Agrégés en exercice.	DUPLAY.
MM.	LE DENTU.
ACHARD	GUYON.
ALBARRAN	PANAS.
ANDRÉ	TARNIER.
BAR	FINARD.
BONNAIRE	GAUCHER
BROCA	GILBERT
CHANTEMESSE	GILLES DE LA
CHARRIN	TOURETTE
CHASSEVANT	GLEYS
DELBET	HARTMANN
	HEIM
	LEJARS
	LETULLE
	MARFAN
	MARIE
	MÉNÉTRIÉR
	NELATON
	NETTER.
	POIRIER, chef des
	travaux anatomi-
	ques.
	RETTERER
	RICARD
	ROGER
	SEBILEAU
	THIERRY
	THOINOT
	TUFFIER
	VARNIER
	WALTHER
	WEISS
	WIDAL
	WURTZ

Secrétaire de la Faculté: **M. Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

TOPOGRAPHIE DU ZONA

PRÉFACE

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte par notre thèse, de rendre un public hommage, à tous nos maîtres des hôpitaux. Leur grande science, qu'ils ont mise à notre disposition sans se lasser, nous a permis de mener à bien nos études.

Nous ne saurons jamais leur en exprimer toute notre reconnaissance.

L'année que nous avons passée à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur *Le Dentu*, a été pour nous d'un fécond enseignement. Il nous a initié au grand art de la chirurgie, aussi nous le prions d'en accepter nos remerciements.

Le temps passé à la Pitié, dans le service de M. *Mou-*

tard-Martin, a été pour nous d'un enseignement précieux autant qu'utile.

M. de Beurmann, qui nous a admis avec tant de bienveillance dans ses salles, a droit à toute notre gratitude.

Nous garderons toujours le souvenir des mois passés dans le service de *M. le professeur Jaccoud*. Les savantes leçons, où le maître mettait sa science si étendue, nous ont été d'un secours utile pour la suite de nos études.

Pendant notre stage à la clinique d'accouchements, *M. Bar* nous fit des leçons pleines de savoir et de finesse. Son enseignement a été fécond pour nous.

Nous devons une mention particulière à nos maîtres de l'hôpital de Chartres.

Nous garderons le souvenir de notre année d'internat, autant pour ce qu'elle nous a été agréable que pour ce que nous y avons appris.

M. Juteau a été pour nous d'une bonté qui ne s'est jamais démentie. Vieux praticien, il nous a montré ce que pouvaient la science et l'expérience pour le soulagement et la guérison des malades.

Nous remercions d'une façon toute particulière, *M. Lelong*, qui a su toujours nous attirer par la bienveillance avec laquelle il nous recevait. Clinicien consommé, il a mis à notre disposition ses vastes connaissances médicales, et n'a jamais laissé passer l'occasion de nous instruire.

M. Chesnel, qui a mis avec tant de bonté son service d'accouchement à notre disposition, nous a permis

de nous perfectionner dans cet art difficile, et ses leçons nous ont été précieuses.

Enfin nous remercierons *M. Maunoury* qui nous a permis l'accès de ses salles de chirurgie.

Nous prions *M. Achard* d'agréer l'expression de notre gratitude pour l'aide éclairé qu'il nous a prêté pour mener notre travail à bonne fin. C'est à lui que nous devons d'avoir choisi ce sujet.

Nous remercions enfin *M. le professeur Debôve* de l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Connu dans l'antiquité, puisque son nom lui a été donné par Pline, le zona, avant d'arriver à la période actuelle, a passé par plusieurs phases.

Les auteurs du moyen-âge ne paraissent pas s'en être préoccupés beaucoup. Il faut arriver au XVIII^e siècle, pour voir cette maladie prendre la place qu'elle mérite dans le cadre nosologique. Les cliniciens, en s'attachant à son étude, ont montré que le zona les intéressait vivement, et les mémoires qu'ils ont publiés à son sujet sont fort intéressants.

Lorry, le premier, fait remarquer que l'éruption du zona, qui est le symptôme principal, coïncidait presque toujours dans la grande majorité des cas, avec de la douleur, occupant à peu près le même siège.

Borsieri, dans un mémoire assez important, quelques années plus tard, associe ensemble la douleur et l'éruption, et en fait les deux principaux symptômes.

La maladie mieux connue provoqua de nombreuses publications, entre autres, celles de *Willan* et *Bateman*, qui font relever cette affection de l'herpès dont

ils en font une variété sous le nom d'herpès zoster ; puis celle d'*Alibert* qui, considérant l'association de la fièvre, de la douleur et de l'éruption, range le zona dans les maladies de nature inflammatoire, genre des dermatoses.

De tous ces travaux que nous venons de citer, il ressort un fait important, c'est que tous les auteurs se sont attachés à la clinique, et aucun n'a fait de recherches pathogéniques ; ce sont les symptômes habituels, les phénomènes objectifs qui les ont frappés ; en un mot dans tout ce qu'ils ont publié, on ne voit que des descriptions cliniques du zona.

Vers le milieu de ce siècle, l'histoire du zona entre dans une phase nouvelle qui est la *phase anatomo-pathologique*. De nouvelles théories apparaissent, qui vont se succéder, nombreuses, formulées en des travaux importants et appuyées sur des découvertes ayant toutes une réelle valeur scientifique.

En mars 1856, *J. Parrot* publie dans l'*Union médicale*, une étude très détaillée du zona. Son travail établi d'après des observations et soutenu par les sommités médicales de l'époque, fait ressortir le caractère intensif de la douleur, qui parfois est si violente qu'*Alibert* l'avait nommée « ceinture de feu », et émet l'opinion que cette douleur pourrait bien être une névralgie, semblable aux autres névralgies intercostales ; pour terminer, il qualifie ainsi le zona : « manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyspeptique ».

C'est donc à Parrot que nous devons la première théorie sur l'origine nerveuse du zona. Il faut lui en savoir gré, car il a ouvert ainsi une nouvelle voie, dans laquelle se sont engagés les observateurs. La théorie nerveuse est donc créée.

Depuis lors, elle seule règne en maîtresse; personne n'est venu contester l'action prépondérante du système nerveux dans les troubles du zona, au contraire, car tous les travaux ultérieurs n'ont fait que mettre en lumière d'une façon plus éclatante, qu'il y avait altérations nerveuses.

Charcot dans une première note parue dans les *Archives de physiologie*, rapporte des cas de zoster apparu concurremment avec des névralgies et il n'hésite pas à leur assigner une cause commune; il fait ressortir l'association du zona avec les troubles périphériques; il cite l'observation d'un malade ayant de l'atrophie musculaire et de l'hypertrophie osseuse qui reconnaissent sans doute la même origine que celle du zona, siégeant sur le même bras atteint d'atrophie. D'après lui c'est une expression des lésions de nutrition qui surviennent dans les parties auxquelles se distribue le nerf affecté.

Jusqu'ici tous ces auteurs n'avaient apporté à l'appui de leurs idées que ce qui pouvait leur donner l'observation des phénomènes. L'histologie n'avait pas fait encore les progrès que la science nous a procurés pour leur permettre d'apporter des preuves plus convaincantes de leurs vues, qui ne sont jusqu'alors qu'hypothétiques.

Avec *Bærensprung* la question fait un grand pas.

Ayant l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet atteint de zona, il étudie minutieusement des altérations que les nerfs ont pu subir, et c'est ainsi qu'il est amené à la découverte des lésions nerveuses. Ces lésions ont pour siège, du moins c'est là seulement qu'il les a vues, les ganglions spinaux.

Il se demande alors, si les tubes nerveux, émanés des cellules ganglionnaires, et isolés anatomiquement de la moëlle épinière, n'étaient pas destinés à remplir le rôle de nerfs trophiques.

Cette théorie, toute séduisante qu'elle fût, ne satisfait pas entièrement *Charcot et Cotard*. Ces deux auteurs, sans nier que, dans des circonstances particulières, la moëlle épinière influence dans une certaine mesure la nutrition de la peau, ne peuvent admettre que, dans des troubles trophiques ne résultant pas des causes mécaniques ou des traumatismes sur la partie périphérique des nerfs, les ganglions spinaux soient atteints. Cependant ils reconnaissent que dans certains zones, ces ganglions peuvent être affectés, et ils font suivre leurs réflexions, de deux observations de malades, dont ils ont fait l'autopsie, et où ils ont trouvé au côté droit, côté où siégeait l'éruption, les ganglions spinaux tuméfiés et injectés.

Les auteurs précédents avaient fait des restrictions quant aux altérations constantes des ganglions spinaux dans le zona. comme le prétendait *Bærensprung*. *Riesel* (1876), cite un cas où, en effet, le traumatisme paraît avoir été la cause initiale et principale de l'érup-

tion de zoster; c'est l'observation d'une femme amputée du sein gauche, qui à la suite de l'opération fut obligée de tenir le bras gauche appuyé sur un coussin, dont la bordure consistait en un cordon de laine. Cette bordure exerçait une pression sur le bras à quelques pouces au-dessus du condyle interne de l'humérus. Le lendemain, la malade éprouva de la douleur de l'avant-bras et la peau se couvrit de vésicules herpétiques. La marche de l'affection fut celle du zona.

Il expliquait ainsi ce qu'il avait observé :

L'altération serait due à une inflammation de la gaine du nerf sur le trajet duquel siège l'éruption, inflammation qui se propagerait de proche en proche pour gagner les terminaisons cutanées du nerf.

Nous pouvons voir dans ces deux mémoires, que les auteurs sont parfaitement convaincus de la pluralité des lésions possibles dans le zona et des différentes origines qu'il peut avoir. C'est encore cette opinion que soutient *Kaposi* (1876), qui, bien qu'ayant trouvé des lésions ganglionnaires à l'autopsie, est convaincu qu'il y a d'autres causes qui déterminent cette maladie. Les lésions des ganglions spinaux sont profondes; l'auteur les a parfaitement décrites; en voici un résumé :

« Homme, 54 ans, traité pour un rétrécissement de
« l'urèthre avec fausse route. Le malade présente peu
« de temps après une éruption d'herpès à droite, sur
« la lèvre inférieure, au menton et sur le bas-ventre.
« Quatre jours après se déclare un érysipèle de la
« cuisse droite. Mort six jours après le début de l'é-
« ruption.

« A l'autopsie, on trouva les ganglions interverté-
« braux du côté droit de la dixième paire dorsale à la
« 2^e lombaire, épaissis, très adhérents à l'enveloppe
« graisseuse. En outre, on trouve une hyperplasie du
« tissu péri-cellulaire, péri et intra-ganglionnaire. Hé-
« morrhagies disséminées dans le tissu cellulaire. Cel-
« lules altérées renfermant de nombreuses granula-
« tions pigmentaires : dans quelques-unes le proto-
« plasme s'est rétracté de sorte qu'il existe un espace
« libre entre lui et la membrane cellulaire; dans cet
« espace, il existe, soit des exsudats fibrineux, soit
« des globules sanguins (hémorrhagie intra-cellulaire).
« Le protoplasma est pâle, formant une masse homo-
« gène. »

À côté de cette observation, il faut mettre celle de *Chandelux*, dans les *Archives de Physiologie* de 1879, où les lésions ganglionnaires sont aussi bien définies que dans le cas de Kaposi. Chandelux a remarqué entre autres lésions la disparition des cellules et des tubes nerveux. Il n'a pas trouvé de lésion précise dans le trajet des nerfs eux-mêmes, sauf une dégénération possible. Les ganglions étaient atteints de sclérose et de pigmentation.

Enfin, pour clore cette série de recherches sur les altérations périphériques, nous citerons Leudet, qui attribue les éruptions de zona à des troubles des nerfs périphériques, et le mémoire de *Pitres et Vaillard*, dans les *Archives de Neurologie* (1883). Ce travail concernait les névrites périphériques et dans le courant du travail, les auteurs rapportent le cas d'une

femme, à l'autopsie de laquelle on trouva deux zonas, un ancien et un plus récent. Le premier siégeait sur le sixième espace intercostal et était représenté par des cicatrices blanches, formant deux plaques confluentes de 4 centimètres de diamètre. L'examen histologique de ce nerf intercostal révèle qu'il n'y a plus une seule fibre nerveuse saine ; le tissu conjonctif est très épaissi. Le ganglion correspondant est également atteint et on y observe une diminution des tubes nerveux. Les racines antérieures sont normales, tandis que les racines postérieures n'ont plus une seule fibre intacte. Le second zona, qui est le plus récent, siégeait sur le onzième nerf intercostal et était représenté par trois plaques éruptives. L'examen histologique de ce nerf montre les mêmes altérations que dans le 6^e. Mais ici le ganglion est resté intact, ainsi que les deux racines qui s'y rendent. La moelle est normale.

Donc, dans ces six cas, où l'autopsie a révélé des lésions nerveuses périphériques, aucun, sauf le mémoire de Pitres et Vaillard, ne fait allusion aux lésions possibles de la moelle, et dans ce dernier cas, l'examen a été négatif. Peut-être les auteurs précédents n'ont-ils pas fait de recherches dans ce sens. En tout cas, nous pensons qu'à cette époque, n'étant pas outillé, aussi bien qu'aujourd'hui, ne connaissant pas les coupes en série du système nerveux, ils n'ont pas pu mettre au jour des lésions qui ont peut-être existé dans l'axe médullaire et qui ont pu être si petites qu'elles leur ont échappé.

L'anatomie pathologique avait, en somme, donné des

résultats incomplets. Néanmoins, elle avait établi que le zona est dû à des lésions du système nerveux, mais n'avait point donné de renseignements sur l'origine de ces lésions. C'est à M. *Landouzy* que l'on doit des notions nouvelles sur l'étiologie du zona. Avec lui, l'histoire de cette maladie entre dans une troisième période, la *phase pathogénique*.

M. Landouzy commence d'abord dans sa leçon clinique (1883) par faire remarquer qu'un cas de zona arrive dans un service rarement seul, que chez des personnes vivant ensemble et dont l'une ayant un zona de ceux qu'il appelle essentiels, il est rare qu'une autre personne ne soit pas atteinte. Il y a donc contagion, infection. C'est la théorie de la nature infectieuse du zona. Mais il distingue les zonas en deux catégories : « zona symptomatique » et « zona essentiel », l'un d'origine purement nerveuse, n'est pas infectieux et peut récidiver; c'est lui qu'on observe dans certaines maladies de la moelle épinière, le tabès, l'hémiplégie, etc.; l'autre, d'origine essentiellement infectieuse et ne récidivant pas. Il fait remarquer, en outre, que différents symptômes tels que la fièvre, la courbature générale, l'embarras gastro-intestinal, concordent parfaitement avec l'idée d'infection.

Il termine sa leçon en disant que : « le zoster n'est autre qu'une détermination sur le système nerveux d'une maladie générale et devrait être rangé parmi les neuropathies infectieuses ».

Cette théorie est généralement admise aujourd'hui, d'autant plus qu'elle laisse subsister toutes les altéra-

tions nerveuses que l'on a trouvées dans les autopsies.

Mais il est un fait d'observation clinique, sur lequel peu d'auteurs se soient arrêtés et qui cependant a une importance capitale pour nous. MM. Brissaud et Achard en ont fait le sujet de diverses leçons ou communications cette année-ci, et il nous semble mériter une mention particulière pour l'enseignement qu'on en peut tirer, c'est le désaccord qui existe entre la topographie, l'éruption du zona et le trajet des nerfs intercostaux.

C'est ce désaccord qui va faire le sujet de notre travail.

DE LA TOPOGRAPHIE DU ZONA ET DES ARGUMENTS A L'APPUI DE LA THÉORIE SPINALE

Lorsqu'on examine un malade atteint de zona du tronc, un fait frappe à première vue : la direction que suit l'éruption par rapport aux nerfs intercostaux. Ce fait, évident dans toute la hauteur du tronc, l'est bien plus encore à la partie inférieure, au niveau des lombes et de l'ombilic, dans le zona lombo-abdominal où les nerfs intercostaux suivent un trajet beaucoup plus oblique de haut en bas et d'arrière en avant qu'à la partie supérieure.

Trousseau l'avait observé, et, dans une de ses belles leçons cliniques, il le fait remarquer en ces termes :

« Il suffit de faire attention d'une part à la disposition du zoster à la poitrine, d'autre part à la direction normale des côtes pour se convaincre que les plaques ne se trouvent pas sur le trajet des nerfs intercostaux. Le plus ordinairement, la demi-ceinture formée par l'éruption est à peu près perpendiculaire à l'axe du corps, de telle sorte que, commençant par

« exemple, au niveau de la septième vertèbre dorsale,
« elle se termine sur le sternum dans un point corres-
« pondant; les côtes et les nerfs intercostaux, par consé-
« quent, sont bien loin de suivre une ligne perpendi-
« culaire à l'axe du corps. Parties de la colonne ver-
« tébrale, les côtes, depuis la cinquième, s'inclinent
« fortement en bas, et forment avec le rachis un angle
« de plus de 35 degrés; il s'ensuivrait que le zona
« devrait théoriquement prendre cette même direction,
« ce qui est contraire aux faits. »

Trousseau avait vu juste, mais ne fit que relater le fait sans en donner d'explication.

Longtemps avant Trousseau déjà, *Bassereau* dans sa thèse faisait observer que le zona ne suit pas les trajets nerveux, qu'il est moins oblique que les nerfs. Parrot qui relève cette assertion, l'expliquait en disant que c'étaient les rameaux, émanés du tronc nerveux et se rendant à la peau, qui innervaient le territoire affecté de zona. Cette explication n'est pas suffisante, car il y a quelquefois un tel désaccord, une telle distance entre l'éruption et le tronc nerveux dont elle devrait être tributaire qu'il n'est pas possible que les filets terminaux des nerfs dépassent d'aussi loin les territoires nerveux. Nous ferons la même objection à M. le professeur Potain, qui dans une leçon en 1894, avait émis la même opinion que Parrot.

Examinons par exemple l'éruption figurée dans le schéma n° III (*fig. 2*, p. 28), il montre d'une façon très évidente le désaccord entre l'éruption et les trajets nerveux.

Nous voyons que l'éruption débute en arrière au niveau de la onzième vertèbre dorsale et s'étend jusqu'un peu au-dessous de la douzième ; de là, formant une bande, l'éruption se dirige horizontalement en avant. Dans la partie postérieure de son trajet, elle est parfaitement en rapport avec les nerfs intercostaux qui suivent une même direction horizontale ; mais, dans la région du flanc, à la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure, nous remarquons que le onzième et le douzième se dirigent, le premier, obliquement en bas vers le membre inférieur, le second verticalement ; tandis que, au contraire, la bande de zona, poursuit son chemin dans sa première direction et vient aboutir sur la ligne blanche à la même hauteur qu'à son point de départ. Nous voyons donc que les nerfs et l'éruption ne sont plus du tout d'accord et qu'ils sont séparés par des angles de 70 à 90°.

Comment admettre, comme l'aurait voulu Parrot et comme le voudrait M. Potain, que les branches terminales des onzième et douzième nerfs intercostaux viennent jusque sur le territoire du neuvième nerf intercostal ? Nous ne pouvons pas nous conformer à cette opinion. Celle que M. Brissaud a émise dans sa leçon du 8 janvier 1896, explique bien mieux, nous semble-t-il, la réalité des faits. Après avoir exposé les choses, comme nous l'avons fait nous-même dans notre historique, M. Brissaud conclut que, la lésion primordiale doit être d'orifice spinale, que dans tous les cas de zona, la moelle doit être mise en cause.

Cette théorie a l'avantage de se concilier avec les faits observés et avec la théorie infectieuse.

En effet si, jusqu'à présent, aucun examen histologique n'a révélé de lésions spinales, nous le mettons sur le compte de l'insuffisance des moyens que les auteurs avaient à leur disposition, et les autopsies de zona n'ont pas été assez fréquentes dans ces dernières années (nous n'en n'avons pu relever un seul cas) pour que la question ait pu recevoir la solution qu'elle comportait.

D'ailleurs la plupart des autopsies semblent se rapporter plutôt à des zonas symptomatiques qu'aux zonas dits essentiels, les plus fréquents à la vérité, mais n'entraînant pas la mort par eux-mêmes. Or ce sont ces zonas dits essentiels que nous avons surtout en vue dans notre travail.

Dans sa leçon sur la topographie du zona. M. Brissaud trouve que la division que l'on a faite du zona, en zona vrai et zona symptomatique est un peu spéciale; quoiqu'il en soit, on a toujours affaire à une lésion cutanée d'origine nerveuse. C'est un symptôme dystrophique.

L'observation suivante qu'il a publiée est très intéressante.

« C'est un homme de 54 ans, non syphilitique, mais alcoolique avéré, ancien paludéen d'Afrique et sujet à des bronchites subaigües se répétant à chaque retour de la mauvaise saison. On n'a pu découvrir chez lui aucune preuve stéthoscopique ou bactériologique de tuberculose. Ces jours derniers il a fait froid, et notre malade a payé son tribut annuel : admis pour une

bronchite fébrile à l'hôpital Bichat, où il a séjourné pendant deux semaines environ et d'où il est sorti complètement guéri depuis quinze jours. L'éruption qui l'amène aujourd'hui à Saint-Antoine n'a évidemment aucun rapport avec la bronchite en question. L'absence complète de la fièvre prodromique, de la céphalalgie, de l'embarras gastrique qui sont la règle au début du « zoster » essentiel, nous engageait à rechercher dans les antécédents de cet homme les troubles nerveux qui pouvaient faire remonter à une origine spinale la dystrophie actuelle. Notre enquête est restée sans résultat et nous ne devinons pas de quelle maladie antérieure ledit zona pourrait bien être symptomatique. Malgré ce manque absolu de phénomènes généraux, vous allez constater que l'affection se montre rigoureusement conforme au type des descriptions classiques. C'est la névralgie qui a débuté. La douleur occupe la moitié droite de la région lombo-abdominale, le flanc, depuis la crête spinale jusqu'à la ligne blanche. Elle est survenue brusquement, du soir au matin, d'abord supportable, puis rapidement poignante et vraiment intolérable dans les mouvements d'inspiration forcée. La pression un peu profonde qu'on exerce avec le doigt sur certains points l'exaspère. Ces points ne répondent pas vaguement à l'émergence des branches perforantes latérales de trois ou quatre nerfs intercostaux. Nous n'avons pas constaté les fameux points apophysaires signalés par Valleix dans les névralgies intercostales et auxquels je crains qu'on n'attribue généralement une importance beaucoup plus théori-

que que réelle. Les limites supérieure et inférieure de la zone douloureuse sont assez accusées, quoique très peu en rapport avec un trajet connu de nerf rachidien. A tous ces points de vue, la névralgie dont cet homme est atteint est conforme, remarquez-le bien, aux habitudes du zona vulgaire, Il me semble en effet qu'on a aussi beaucoup trop insisté sur la localisation précise de la névralgie ».

Et M. Brissaud ajoute dans sa leçon qu'il faut interroger les malades qui sont meilleurs juges que nous du siège de leurs souffrances, et on conviendra que la névralgie du zona est loin de se superposer à des régions anatomiques déterminées d'avance, mais qu'elle a une analogie — autant qu'on peut le supposer — bien plus grande avec une pleurodynie ou le lombago qu'avec la névralgie intercostale.

Il termine ce qui a trait à ce malade en ajoutant que, sur la demi-bande névralgique, on trouve de petites plaques d'hypoesthésie et d'hyperesthésie disséminées. Les piqûres, le pincement et même le simple contact sont très inégalement perçus. Ces troubles sont plus prononcés au pourtour des groupes éruptifs comme l'a fait remarquer M. Rendu.

Le schéma joint au mémoire est extrêmement suggestif quant à la disposition des groupes d'herpès par rapport aux nerfs intercostaux. Ce schéma est tout à fait semblable à celui que nous reproduisons (v. fig. 1). M. Brissaud en donne ainsi le commentaire :

Les vésicules d'herpès sont disposées dans leur en-

semble en une série de petites grappes circulaires ou transversalement oblongues. Ici vous en distinguez trois foyers principaux : un dorsal, large comme la paume de la main, situé immédiatement à droite des épines dorso-lombaires, qu'il ne dépasse à gauche que de deux ou trois millimètres. C'est le groupe le plus confluent. En hauteur il occupe au moins l'intervalle de cinq paires rachidiennes. Il n'en faut pas davantage pour affirmer que le zona n'est point ici tributaire d'un seul nerf intercostal ni d'un seul ganglion rachidien. Puis viennent sur toute la hauteur du flanc, depuis la crête iliaque jusqu'au bord inférieur de la dixième côte, sur le prolongement de la ligne axillaire, une série de petites vésicules disséminées ; elles ne font pas partie des groupes principaux ; on les qualifie « d'erratiques ». Enfin plus en avant, vous en voyez d'autres encore, surtout au voisinage ou au contact de la ligne blanche, au-dessus et au-dessous de l'ombilic. »

M. Brissaud fait suivre cette observation de critiques fort justes sur le zoster essentiel, c'est-à-dire sur la nature infectieuse du zoster. Il ne croit pas que dans le cas qu'il cite, l'infection soit pour quelque chose, car on n'y a remarqué aucun des phénomènes habituels, et tout en admettant l'origine infectieuse du zona, il pense qu'il est des cas, et celui-ci en est, où l'origine spinale seule doit être invoquée. Il fait remarquer que les partisans de cette théorie infectieuse affirment que le zoster essentiel ne récidive jamais, et il leur met sous les yeux le résultat des recherches de Mati-

gnon qui a réuni dix-sept cas de zona récidivant, et celles de Grindon, plus récentes, qui en a réuni soixante-et-un, cas de zonas récidivant plusieurs fois à la même place, ou en des endroits différents, de zona récidivant une fois ou deux, enfin de véritables zonas chroniques ou paraissant tels par la fréquence de leurs récidives.

Il faut en outre remarquer que les infections et intoxications éparpillent et dispersent leurs effets, et qu'on en trouve sur plusieurs points du corps à la fois les manifestations ; tandis que le zona se trouve toujours limité sur une partie déterminée du corps et là où il a fait son apparition, il reste, se développant sur une plus ou moins grande étendue, mais ne dépassant jamais certaines limites, en général assez étroites.

De même il n'admet le zona sur un trajet nerveux que dans le cas de lésion par traumatisme. Alors, là il peut se produire un zona par altération du nerf, mais dans ce cas les vésicules et les groupes ne dépassent pas le territoire du nerf.

Dans les autres cas il admet toujours une lésion centrale. Il montre un second malade chez lequel il s'agit d'un zona thoracique. L'histoire clinique de ce malade, à part la différence de localisation, est la même que celle du premier malade. « Tout se borne à une névralgie occupant, sur la moitié gauche du tronc, une bande circulaire et transversale, large environ de deux travers de main. Les groupes d'herpès sont disséminés sur la zone de névralgie, depuis les apophyses épineuses dorso-lombaires jusqu'au milieu de l'espace

qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde. Représentez-vous les terminaisons nerveuses des nerfs intercostaux à ce niveau, et dites si, oui ou non, le trajet du zoster se superpose à un trajet nerveux.

M. Brissaud termine ainsi :

« Si le zona relève d'une irritation des cellules ganglionnaires postérieures, force est d'admettre que la lésion, d'où précède le trouble trophique, affecte systématiquement et simultanément une série de ganglions superposés et cela seulement d'un seul côté. Il y a là quelque chose de tellement invraisemblable qu'on se demande si une lésion *spinale unique*, limitée à l'étage de la moelle qui régit cette fraction de la chaîne ganglionnaire, n'expliquerait pas beaucoup mieux les choses. »

M. Brissaud conclut en se demandant si les métamères embryonnaires ne persistent pas sur toute la hauteur de l'axe médullaire chez l'homme, ce qui expliquerait parfaitement, d'après lui, l'éruption en zone ou bande. Nous ne le suivrons pas dans cette voie, qui ne rentre pas dans le cadre de notre sujet, quoique la théorie nous paraisse éminemment séduisante.

Peu de temps après M. Achard a publié les mêmes faits importants qu'il avait observés avant que M. Brissaud ne fit sa leçon.

M. Achard commence par dire qu'il est de l'avis de M. Brissaud, et il fait remarquer d'abord, que les altérations du système sensitif de la moelle se traduisent à la périphérie par des manifestations sans rapport avec la distribution des branches nerveuses. L'auteur

abonde alors dans le sens de la proposition de M. Bris-saud, que ce n'est pas dans l'innervation telle que l'indique l'anatomie descriptive de l'adulte, qu'il faut rechercher la raison de la topographie de zona, mais dans les liens embryologiques qui rattachent à chaque segment métamérique de la moelle un segment correspondant du tégument.

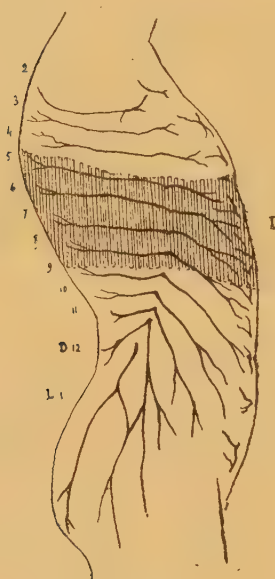


FIG. I

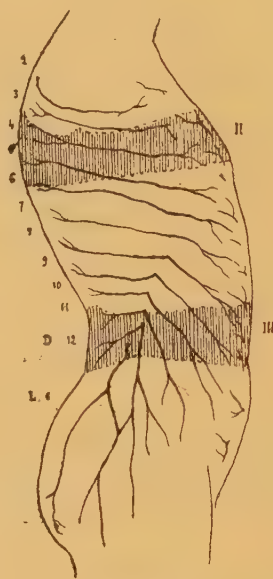


FIG. 2

Il fait remarquer que les explications de *Pfeiffer*, qui fait intervenir l'irrigation vasculaire, et celles de *Griffith*, sur la distribution de la branche dorsale cutanée, sont incomplètes et ne s'appliquent qu'aux zonas du tronc ; tandis que la théorie de M. Bris-saud a une portée bien plus générale.

L'auteur rapporte les cas de divers malades avec des

schémas que nous reproduisons grâce à son obligeance, qui mettent parfaitement en relief le désaccord qui existe entre le zona et les trajets nerveux.

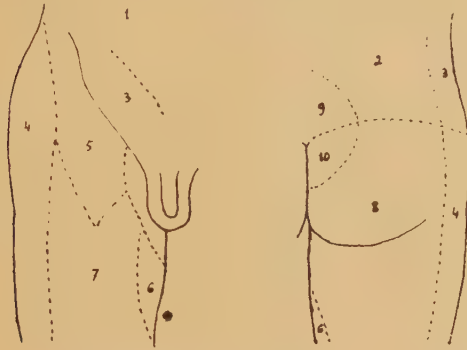


FIG. 3. — Distribution des nerfs cutanés à la face antérieure et postérieure

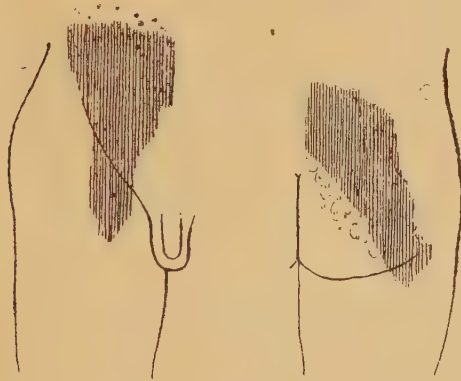


FIG. 4. — Territoires occupés par l'éruption de zona

Le premier de ces schémas (*fig. 1*, p. 28) représente une bande de zona, assez large, qui suit dans la région moyenne du thorax une direction qui est en arrière parallèle aux branches des nerfs intercostaux, mais qui

les croise pour se rapprocher davantage de l'horizontale en avant.

Sur le second schéma (*fig. 2, II*) la région lésée affecte une direction encore plus horizontale que dans la figure précédente et par conséquent croise bien plus les trajets des nerfs.

Le troisième schéma, dont nous avons parlé plus haut déjà, nous offre le plus complet désaccord entre la bande éruptive et la distribution nerveuse (*fig. 2, III*).

La zone affectée est parfaitement horizontale ; l'éruption et les nerfs marchent ensemble pendant une partie de leur trajet, puis brusquement les nerfs s'écartent du zona et vont suivre une direction absolument perpendiculaire à la région affectée. Dans ce cas il est à remarquer que les douleurs ont été bilatérales, quoique plus vives du côté du zona.

Enfin dans la *fig. 4*, nous avons le schéma d'un zona de la ceinture pelvienne. « L'éruption débuta par la région de la fosse iliaque, qu'elle couvrit jusqu'à quelques centimètres du pubis, puis descendant en dessous de l'arcade de Fallope, elle se répandit sur le triangle de Scarpa ; en même temps, en arrière, apparurent des vésicules sur la région fessière qui fut bientôt couverte en grande partie. Or, si l'on se reporte à la distribution des nerfs cutanés (*fig. 3*), on voit que l'éruption englobe en partie des territoires qui appartiennent à plusieurs branches des racines dorsales, lombaires, sacrées et coccygiennes, nées à des niveaux très différents de la moelle ».

M. Achard ajoute enfin le cas d'un homme qui pré-

sentait un zona de la partie supérieure du thorax avec extension à la partie interne du bras et de l'avant-bras, ce qui s'expliquerait sans doute aisément par les anastomoses des nerfs intercostaux avec le brachial cutané interne; mais quelques vésicules existaient sur le bord cubital de la main, c'est-à-dire sur un territoire nerveux différent, sur celui du cubital.

Les conclusions de M. Achard sont semblables à celles de M. Brissaud, c'est-à-dire que cette manifestation du zona ne peut être expliquée uniquement par des altérations des nerfs périphériques ou des ganglions, mais qu'il faut faire intervenir les lésions médullaires.

Comme M. Brissaud, M. Achard fait observer qu'il faut, si on accepte la théorie périphérique, admettre que la lésion intéresse un certain nombre de nerfs différents ou de ganglions rachidiens et souvent des portions très limitées de plusieurs nerfs ou ganglions à la fois.

Au contraire, avec l'hypothèse de M. Brissaud, il suffit d'invoquer une lésion spinale d'étendue très restreinte et n'ayant par suite qu'un faible retentissement sur le système nerveux. Cette lésion minime peut frapper dans leurs trajets intra-médullaires les branches verticales et collatérales appartenant à un certain nombre de neurones voisins et qui correspondent à plusieurs racines rachidiennes, c'est-à-dire à une série de nerfs différents.

Dans le courant de son premier mémoire, M. Achard a fait allusion aux troubles de la sensibilité dans la

syringomyélie, qui affectent une même disposition que le zona. Ceci nous amène à parler des différents troubles nerveux, surtout l'anesthésie, qui ont une même situation que le zona quant à leur distribution.

Puison dans le mémoire de M. Achard :

C'est un malade, affecté d'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne. Cette atrophie ne s'accompagne d'aucun autre trouble. Cependant les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, sans contracture ni trépidation. Cette exagération des réflexes démontre que l'atrophie est d'origine spinale. De plus, sur la colonne vertébrale on remarque une scoliose de la région dorsale inférieure.

Enfin, l'exploration minutieuse de la sensibilité révèle que celle-ci est normale en tous les points du corps, sauf une zone exactement limitée du côté gauche de l'abdomen, où l'on constate le phénomène de l'anesthésie dissociée. Cette anesthésie siège sur une petite bande transversale, unilatérale, située au niveau de l'ombilic et dont la hauteur varie de 6 à 11 centimètres, ayant 10 centimètres dans la majeure partie de son parcours. Elle forme ainsi un zona d'anesthésie, comme l'appelle M. Achard.

Cette observation est frappante, car, dans ce cas, il s'agit bien d'une maladie spinale, la syringomyélie, comme M. Achard le prouve dans le courant de son travail, et la situation des troubles cutanés est absolument semblable à celle du zona.

On ne peut s'empêcher de lier ensemble la distribu-

tion des troubles cutanés du zona et des troubles sensitifs d'origine spinale.

D'ailleurs la topographie des anesthésies d'origine spinale est maintenant assez bien connue.

M. Chipault, dans un récent travail paru dans la *Revue neurologique* (30 mai 1896) essaye de classer les troubles sensitifs d'après leur origine, radiculaire ou médullaire. Ce travail est basé sur vingt-deux observations de mal de Pott, qui ont été accompagnées la plupart de paraplégie et de troubles sensitifs.

Pour expliquer comment les racines seules ou avec la moelle étaient atteintes, l'auteur se base sur le siège de la lésion osseuse. Il y a 5 observations où le mal de Pott était située au-dessous de la terminaison de la moelle, et dans ces cinq cas, la topographie de l'anesthésie affectait une direction parallèle au trajet des nerfs. Dans deux autres cas, la lésion était au-dessus de la terminaison de la moelle et ici encore les troubles nerveux, consistant en une paraplégie spasmodique légère, avec hypoesthésie, et siégeant sur la colonne vertébrale de la douzième dorsale au pli de l'aîne dans un cas, dans le second consistant en anesthésie, analgésie et thermanesthésie de la partie postérieure du bras et de la partie interne de la main, avaient une direction parallèle à l'axe du membre, c'est-à-dire au trajet des nerfs. Ce sont les troubles sensitifs à topographie radiculaire.

Dans six autres observations l'auteur étudie des malades présentant des lésions osseuses au-dessus de la deuxième lombaire. Dans tous ces cas les troubles

sensitifs, accompagnant toujours une paraplégie, avaient une direction horizontale. Quand ils siégeaient sur un membre, ils l'entouraient à la façon d'une bottine ou d'une botte, suivant que la lésion remontait plus ou moins haut. Quand ils siégeaient sur le tronc ils y occupaient des zones à limites horizontales, précisément comme celles du zona. M. Chipault en donne trois figures.

Ce sont les troubles sensitifs à topographie médullaire.

En comparant ces troubles avec ceux qui constituent le zona, on ne peut s'empêcher de les mettre en parallèle et de les considérer comme ayant une origine commune, une lésion spinale.

Enfin nous trouvons dans un numéro récent de la *Semaine Médicale* (1^{er} juillet 1896, p. 259) d'importants renseignements dus à M. *Marinesco* et relatifs aux travaux des auteurs anglais sur les troubles sensitifs d'origine spinale. En particulier, les recherches de M. *Head*, sur les zones d'hypéresthésie, trouvées par lui dans diverses affections viscérales, montrent bien que ces zones ne correspondent pas à la topographie des nerfs périphériques. « La topographie du zona qui siège très souvent dans les mêmes zones d'hypéresthésie de Head, conclut M. *Marinesco*, constitue un dernier argument en faveur de la nature spinale des hypéresthésies viscérales, et, de fait, ce n'est qu'une lésion médullaire qui pourrait expliquer la topographie en apparence si capricieuse de l'herpès zoster... Ainsi, d'après la plupart des auteurs anglais, la topo-

graphie du zona et des zones d'hypéresthésies locales, au cours des lésions viscérales, est en relation avec la disposition segmentaire des voies sensitives de la moelle ».

Une observation que nous devons à M. Achard (Obs. X) est particulièrement intéressante à ce point de vue. Elle montre un zona très limité coexistant avec une anesthésie étendue, sans rapport exact avec la distribution des nerfs, et affectant la forme de bande transversale des anesthésies médullaires. Dans ce cas, l'éruption n'est qu'un des éléments symptomatiques de la maladie et l'anesthésie en est un autre, plus important. Or, si l'éruption, en raison du petit nombre des groupes vésiculeux, n'a pas dans ce cas une signification bien précise quant à la localisation spinale ou périphérique de la lésion nerveuse, il n'en est pas de même de l'anesthésie dont la topographie ne saurait se concilier avec une lésion périphérique et vient par suite imposer l'idée d'une altération médullaire.

Ce n'est pas seulement l'éruption du zona qui, par sa topographie analogue à celle des anesthésies médullaires, constitue un argument en faveur de son origine spinale ; ce sont aussi les phénomènes douloureux. Nous avons déjà dit que M. Brissaud insistait sur le caractère vague et diffus des douleurs dans le zona et sur l'absence habituelle des points douloureux et caractéristiques des névralgies périphériques. Nous trouvons aussi dans les observations de M. Achard que nous rapportons plus loin, deux faits dans lesquels la distribution de la douleur s'accorde bien avec l'origine centrale.

Dans l'un de ces faits, la douleur avait siégé symétriquement des deux côtés, précédant l'apparition unilatérale des vésicules zostériennes (Obs. II); dans l'autre cas, la douleur dépassait en haut les limites de l'éruption et occupait ainsi du côté opposé la région symétrique; de plus, elle descendait le long de la colonne vertébrale sur le trajet d'une bande verticale (Obs. V). A ce propos, nous rappellerons que M. Féré, dans la *Revue de médecine* de 1890, avait observé la douleur rachidienne dans le zona et s'était fondé sur ce symptôme, pour émettre l'hypothèse que le zona pourrait bien relever d'une origine spinale ou méningée.

D'autres symptômes plus rares et qui se montrent quelquefois en même temps que le zona, les troubles moteurs, fournissent aussi, dans certains cas du moins, un argument à l'appui de la théorie centrale.

M. Brissaud, en décembre dernier, dans une leçon clinique, à propos d'un zona ophthalmique, s'exprimait ainsi :

« Presque toujours le zona ophthalmique et la plupart des zonas céphaliques sont, vu les circonstances très spéciales qui les produisent, symptomatiques d'une affection encéphalique appelée à se manifester ultérieurement par des troubles beaucoup plus graves; parmi ces derniers, figure *l'hémiplégie pédonculaire*. » L'auteur dit avoir constaté trois fois cette complication, et les conditions étiologiques dans lesquelles il l'a vue survenir lui permettent de supposer que le hasard n'y est pour rien.

Ensuite *Ebstein*, dans les *Archives de Virchow* (1895)

étudie le zona dans ses rapports avec les paralysies que l'on observe concurremment avec lui. Après avoir passé en revue les différents travaux parus dans ce sens, il dit que les troubles nerveux ne se bornent pas toujours au territoire d'un plexus, mais qu'ils s'étendent de telle façon qu'il est impossible de ne pas songer à une participation du système nerveux central.

Cette opinion d'Ebstein concorde parfaitement avec la nôtre, et elle est appuyée sur différentes observations, surtout de zona occipito-cervical, dans lesquelles il est survenu ou avant ou après l'éruption une paralysie du nerf facial. Dans tous les cas observés par Ebstein, le zona occipito-cervical siégeait à gauche et était accompagné d'un léger zona facial : une paralysie faciale, plus ou moins nette, se montra toujours du même côté et s'accompagna de troubles sensitifs, hyperesthésie, névralgie, anesthésie dans le territoire du trijumeau.

L'auteur entre dans des explications un peu compliquées et obscures sur la pathogénie de ces paralysies associées au zona. Il nous paraît certain, de toute manière, que cette association ne saurait s'expliquer dans tous les cas par des lésions exclusivement centrales.

D'ailleurs une thèse récente, celle de M. Georges Rabbe (1), vient d'être consacrée à l'étude de cette question, et la lecture de ses observations, nous

1. G. Rabbe. *Contr. à l'étude de la paralysie faciale dans le zona*. Thèse de Paris, 17 juin 1896.

paraît bien montrer que certaines paralysies associées au zona de la face sont nettement d'origine périphérique, néanmoins le fait clinique subsiste, et il y a d'ailleurs un certain nombre d'années que M. Joffroy (*Archives de Physiologie*, 1882) avait noté la coexistence de phénomènes moteurs, en particulier d'atrophie musculaire avec un zona du membre supérieur.

C'est surtout à la face que s'observe cette association et il semble aussi que certaines paralysies oculomotrices, associées au zona ophtalmique, puissent relever d'une origine centrale, principalement quand il s'agit d'une paralysie dissociée de la troisième paire. On en connaît un certain nombre d'observations, et M. Achard nous a dit avoir observé une jeune femme, qui présentait une mydriase persistante à la suite d'un zona ophtalmique, développé à l'occasion d'une grossesse, et ayant laissé une anesthésie du territoire cutané de la branche ophtalmique.

En somme, nous croyons, dans ce travail, avoir bien mis en évidence le fait clinique fondamental du désaccord qui existe entre la topographie de l'éruption et la distribution cutanée des nerfs périphériques; nous croyons aussi avoir montré la concordance de la topographie du zona avec celle des troubles sensitifs d'origine médullaire. Ce sont là les arguments fondamentaux en faveur de la théorie spinale de la maladie, qui a l'avantage d'expliquer, par une lésion très simple et très limitée, les phénomènes cliniques du zona. Il ne nous semble pas,

d'ailleurs, que les faits anatomo-pathologiques observés jusqu'ici fournissent matière à des objections sérieuses contre la théorie que nous défendons. En effet, ces constatations anatomiques sont en fort petit nombre ; la plupart paraissent se rapporter à des cas de zonas symptomatiques, plutôt qu'aux cas les plus communément rencontrés en clinique de zonas dits essentiels. En outre, plusieurs remontent à une époque déjà éloignée, où les méthodes d'examen histologique du système nerveux étaient encore bien imparfaites. Dans les cas même où l'on a observé des lésions des nerfs périphériques ou des ganglions, il n'est pas impossible qu'il eût existé une lésion spinale minime, comme celle qu'invoque la théorie médullaire, et qui pourrait, en raison même de son peu d'étendue, être méconnue assez facilement. Enfin la théorie qui considère le zona dit essentiel comme l'expression d'une neuropathie infectieuse n'est nullement en contradiction avec la théorie spinale, seulement celle-ci, au lieu de considérer le zona comme une névrite périphérique infectieuse, le considère comme une myélite infectieuse très limitée. On sait du reste que dans ces derniers temps le domaine des myélites infectieuses s'est considérablement agrandi.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. Achard).
Zona thoracique.

Seb... (Albert), âgé de 35 ans, typographe, entré le 5 novembre 1894 à l'hôpital Cochin, salle Trousséau, n° 25.

Le malade n'accuse aucune tare ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Il ne se souvient pas avoir jamais été malade.

L'affection qui l'a amené à l'hôpital est de date récente; il y a quatre jours, le malade éprouva quelques douleurs du côté droit; la veille au soir, est apparue une éruption qui a débuté en arrière, après quelques démangeaisons locales.

Aucuns phénomènes généraux n'ont accompagné l'évolution de cette éruption de zona.

Le 6. — L'éruption s'étend en arrière de la quatrième à la septième vertèbre dorsale; puis elle se dirige en avant, se rétrécissant un peu, de manière à n'occuper au niveau de la ligne scapulaire, que le cinquième espace, la sixième côte, le sixième espace et la

septième côte ; en ce point aussi elle est moins confluente. En avant, elle occupe la région mammaire de la troisième côte au quatrième espace.

Cette observation montre moins bien que les suivantes le désaccord entre l'éruption et les trajets nerveux. Mais elle est intéressante à cause de l'étendue qu'occupe l'éruption (V. *fig.* 2, II, p. 28).

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Achard).

Desl... (Ernest), âgé de 21 ans, serrurier, entré le 12 novembre 1894 à l'hôpital Cochin, salle Trousseau, n° 12.

Le 5 novembre, ce malade a ressenti des douleurs dans les côtes, à droite et à gauche, mais sensiblement plus fortes du côté droit ; il éprouva en outre des nausées et des maux de tête assez violents. Le 11 novembre, les douleurs augmentèrent et le malade remarqua l'apparition de deux petits boutons sur le côté droit. Le lendemain matin l'éruption s'était étendue sur tout le côté droit.

Cette éruption est vésiculeuse et érythémateuse ; elle occupe la région thoraco-abdominale, formant une bande horizontale qui répond en arrière aux deux dernières vertèbres dorsales et à la première lombaire. En arrière elle déborde de deux travers de doigt environ la ligne médiane (V. *fig.* 2, III, p. 28).

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Achard).

C..., âgé de 25 ans, entré le 1^{er} août 1894 à l'hôpital Cochin.

Ce malade aurait été atteint de carreau à l'âge de quatre ans. En novembre 1893, il fut soigné à Bicêtre par M. Bazy pour une affection mal déterminée ; il avait des douleurs dans le flanc droit, de la diarrhée, de l'ascite ; on ne lui a fait aucune opération.

Depuis trois semaines environ le malade éprouve des malaises, maux de tête fréquents, léger état fébrile ; des vomissements opiniâtres l'ont empêché de prendre n'importe quelle nourriture pendant quelques jours.

Actuellement l'état général est meilleur, mais il est affligé d'une éruption, occupant la fesse et la région de la fosse iliaque du côté droit. Elle a débuté seulement la veille et les malaises qu'il a éprouvés n'en ont été que les symptômes précurseurs.

L'éruption présente le caractère de vésicules de zona très confluentes et reposant sur des placards érythémateux. Elle a débuté par la partie supérieure de la fosse iliaque, puis s'est montrée le lendemain à la fesse ; elle est parvenue à son apogée en trois jours, c'est-à-dire le lendemain de son entrée.

A ce moment, l'éruption, en avant, remonte à six ou sept centimètres au-dessus du pubis et reste distante de la ligne médiane d'environ trois centimètres ; elle descend au-dessous de l'arcade de Fallope pour se terminer en pointe sur le triangle de Scarpa. En arrière, elle part du bord supérieur du sacrum et descend

obliquement en dehors, sous forme d'une traînée de cinq à sept centimètres qui dépasse un peu en bas le bord inférieur du grand fessier.

Température : 37°,1 le soir et 36°,8 le matin.

L'éruption évolue en une quinzaine de jours ; elle laisse des cicatrices pigmentées à sa suite. (V. *fig. 4*, p. 29).

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Achard).

Madame Vve N..., âgée de 76 ans, entrée le 27 janvier 1896 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages.

Mère de cinq enfants, dont deux sont morts en bas âge, deux autres sujets aux migraines et aux névralgies, et un alcoolique, interné à l'asile Sainte-Anne. Personnellement, elle a toujours eu une bonne santé, et ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

Depuis quelque temps cependant elle a des palpitations, et depuis ces derniers jours, des douleurs vagues dans le côté gauche.

A l'auscultation du cœur, on reconnaît un souffle léger, systolique, à la pointe ; les battements sont bons. Les poumons sont sains.

Le 29 janvier. — Il apparaît une éruption de zona, siégeant du côté gauche, suivant une direction presque horizontale et correspondant en arrière au quatrième espace intercostal et en avant au troisième espace.

En arrière les éléments éruptifs sont peu nombreux et occupent un espace peu étendu, mais plus on s'approche du sternum, et plus les vésicules sont nombreuses. A un certain endroit à cinq centimètres envi-

ron du sternum, les vésicules sont si abondantes, qu'elles sont confluentes, qu'elles se fondent ensemble, et on peut voir une grosse plaque ulcérée, dont le fond est saignant. L'éruption totale occupe une direction horizontale du quatrième espace intercostal en arrière au troisième en avant.

A la partie antérieure du thorax, elle est plus étendue qu'à la partie postérieure; elle empiète sur les deuxième et quatrième espaces intercostaux de sorte qu'elle recouvre une partie du deuxième espace, la troisième côte, le troisième espace, la quatrième côte, une partie du quatrième espace.

La douleur est vive, sans être violente.

Le 4 février. — L'éruption a disparu en arrière, laissant peu de traces de son passage.

En avant elle persiste encore, mais sans s'accroître, aucun nouvel élément ne s'étant montré.

La douleur persiste, opiniâtre. La pression sur les apophyses épineuses la réveille bien plus vive que la pression sur les espaces ou au niveau de l'éruption.

Le 8. — L'éruption a disparu aussi bien en avant qu'en arrière. Cependant la peau qui avoisine le sternum à gauche au niveau de la troisième côte est encore très rouge et paraît être le siège d'une hyperhémie assez accentuée.

La douleur a diminué, sans cesser d'être sensible. La pression même pas très forte lui rend son acuité.

La malade quitte l'infirmerie le 25 février.

Les douleurs ont diminué mais n'ont pas complètement disparu.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. Achard).

Zona thoracique.

Mme Vve G..., âgée de 74 ans, entrée le 27 février 1896 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages.

Cette femme a toujours eu une bonne santé. Ne se souvient pas d'avoir été malade.

Elle se plaint depuis quelques jours de vives douleurs dans le côté gauche. Ces douleurs sont continues et s'exagèrent pendant la nuit.

Elles augmentent par la pression, mais il est impossible de déterminer, malgré une exploration attentive, de points où la douleur présente un maximum, analogues aux points douloureux d'une névralgie intercostale.

Pas de fièvre ; léger état saburral. L'antipyrine ne produit pas d'atténuation des douleurs.

Le 6 mars apparaît une éruption de zona, débutant en arrière au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, et se terminant en avant au niveau de la troisième côte, à deux centimètres et demi environ au dessus de l'appendice xyphoïde, en dépassant légèrement en ce point la ligne médiane. Les éléments éruptifs sont répartis en trois groupes reposant sur des plaques érythémateuses. Le premier groupe est situé en arrière immédiatement en dehors du rachis ; il forme un bouquet d'une étendue de cinq centimètres de hauteur sur sept ou huit de largeur. Les vésicules sont très nombreuses, mais très petites et ne dépassent pas la limite

de la plaque constituée par un fond rouge et recouvrant la quatrième vertèbre dorsale, la moitié de la troisième et la plus grande partie de la cinquième, ainsi que les espaces intercostaux les avoisinant immédiatement. Le second groupe est plus étendu que le premier ; situé dans la région axillaire, il s'étend sur les troisième et quatrième espaces intercostaux, mais sans former une bande continue : ce sont des bouquets très rapprochés les uns des autres. Enfin le troisième groupe est situé sur le sternum et la troisième côte.

On constate en outre une hyperesthésie très marquée à la pression, non seulement au niveau du zona, mais encore au-dessus, dans une région qui s'étend transversalement à la hauteur des premières vertèbres dorsales, et cette même hyperesthésie existe aussi d'une façon symétrique, surtout en arrière, du côté opposé. Enfin cette zone douloureuse se prolonge en bas, sous forme de bande verticale médiane, sur les vertèbres dorsales.

Au bout de huit jours l'éruption est terminée, mais les douleurs persistent en s'atténuant pendant plus d'un mois.

OBSERVATION VI

Molinié, thèse de Paris, 1895.

Froment G..., âgé de 43 ans, sculpteur, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 11 octobre 1894.

Ce malade présente ces troubles cérébraux caractérisés par une certaine gêne de la parole, qui est lente et scandée, par la mémoire plus qu'ingrate : de plus il paraît présenter à un certain degré la manie des

grandeurs. Les pupilles rétrécies sont un peu inégales.

Cet homme ne fournit sur ses antécédents que des renseignements incomplets. Pourtant nous avons pu avec un peu de patience obtenir les renseignements suivants : F... G..., n'a jamais été atteint d'aucune lésion ressemblant à celle qu'il nous montre aujourd'hui. Le début de la présente affection remonte à quelques jours, quatre ou cinq environ.

Le malade présente l'éruption suivante : A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la moitié droite du thorax on voit un large zona étendu en une bande horizontale et qui forme au corps une demi-ceinture, partant au voisinage de la ligne des apophyses épineuses pour aboutir aux environs de l'appendice xyphoïde du sternum. Cette bande ne suit nullement l'espace intercostal ; elle croise même plusieurs espaces dans son trajet. En effet, elle naît en arrière un peu à gauche de la ligne médiane, au niveau des apophyses épineuses des huitième et neuvième vertèbres dorsales et de là se porte en avant, et aussi un peu en bas en contournant la paroi thoracique : elle forme avec l'horizontale un angle d'une dizaine de degrés, et vient se terminer en avant au voisinage de l'appendice xyphoïde. Elle passe immédiatement au-dessous du mamelon, et s'arrête en avant à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde de sternum. Or si nous suivons cette bande éruptive d'avant en arrière, nous voyons que, dans sa partie postérieure, elle correspond aux septième et huitième espaces intercostaux ; au niveau du mamelon, aux cinquième et sixième espaces, et par sa partie antérieure aux mêmes espaces, qui, on le sait, tendent à devenir horizontaux ou même obliques en haut et en avant. Cette absence de coïncidence de l'éruption, avec les mêmes espaces dans toute

son étendue, nous est très clairement mise en évidence par l'étude du squelette. En effet, en marquant au crayon dermatographique sur les téguments le trajet des huitième et neuvième côtes, nous voyons que ces dernières sont très obliques. L'angle que ces côtes forment avec l'horizontale, dans leurs deux tiers postérieurs, n'est pas inférieur à 45° , ou 50° . Vers leur partie antérieurs, et surtout dans la partie du gril costal formée par les cartilages costaux correspondants, ces espaces deviennent horizontaux et même obliquement ascendants. Or, chez ce malade, l'éruption forme une bande rectiligne et croise d'arrière en avant les huitième, septième et sixième espaces intercostaux.

L'éruption est formée de placards de dimensions extrêmement variables ; les grands sont confluents ; les petits disséminés à la périphérie des premiers sont les uns isolés, distincts, séparés par des espaces de peau saine, quelques autres sont pourtant également confluents.

Sur un fond rouge vif constitué par des placards érythémateux, qui font une très légère saillie, à peine appréciable et sans limites nettes se dessinent les vésicules caractéristiques. Elles sont très nombreuses, les unes extrêmement petites, à peine visibles à l'œil nu et dont on ne peut voir les détails qu'à la loupe ; d'autres moins petites ont le volume d'un grain de millet ; les plus volumineuses présentent les dimensions d'un grain de chènevis. Leur centre est aplati ou déprimé. On en voit un certain nombre qui, devenues confluentes, sont très larges et forment par leur union des soulèvements épidermiques assez étendus, puisqu'ils atteignent un centimètre et demi à deux centimètres de diamètre.

Quelques-uns de ces larges soulèvements épidermi-

ques ont une coloration violacée, brunâtre, ce qui est dû à ce que leur contenu est hémorrhagique.

Les grands placards forment une traînée large de deux travers de doigt et presque continue. Au-dessus et au-dessous on voit des vésicules isolées et même quelques plaques érythémateuses sans trace de vésiculation, et qui, par suite, sont des lésions frustes. En somme, dans sa plus grande largeur ce zona atteint neuf à dix centimètres.

Vésicules aberrantes. — Dans le creux de l'aisselle une vésicule large comme un grain de chènevis, blanche, nacrée, à surface lisse, est entourée d'une auréole érythémateuse dont le diamètre est de six millimètres.

Sur la moitié gauche de la face dorsale du tronc, vers la partie supérieure nous constatons une vingtaine de vésicules, isolées, très petites, en voie de développement; et, de plus, sur le côté droit quelques macules rouges, à peine saillantes.

Tout près de la fesse droite et un peu au-dessus d'elle, une vésicule complètement développée est très voisine d'une autre non moins nette, qui est survenue dans la région sacrée.

Sur la face antérieure du thorax nous trouvons trois ou quatre vésicules à gauche de la ligne médiane.

L'examen du thorax ne nous montre, chez ce malade, aucun indice de tuberculose pulmonaire; et malgré les troubles cérébraux, il paraît jouir d'un assez bon état général. Aucune altération fonctionnelle n'est à noter du côté de la moelle.

Les troubles sensitifs qui accompagnent l'éruption consistent uniquement en douleurs spontanées modérées, mais que toute pression et même tout contact exagèrent considérablement.

Le 15. — Un certain nombre de vésicules du zona

intercostal sont transformées en croûtes sèches, brun noirâtre. Par points l'éruption est à peu près guérie.

Un peu au-dessus de la partie moyenne de la crête iliaque droite nous trouvons une nouvelle vésicule; elle n'existait pas lors de notre premier examen. Dans un point à peu près symétrique, à gauche, nous trouvons une vésicule semblable.

Outre ces vésicules nouvellement apparues, nous retrouvons facilement les traces de celles qui existaient antérieurement.

Le 16. — De nouvelles vésicules aberrantes se sont encore développées; nous en trouvons deux, distantes l'une de l'autre de un centimètre. Elles sont situées sur la face interne du bras droit. Au pli du coude il en existe une, toute récente, et une autre, de même âge, sur la face postérieure de l'avant-bras, vers la saillie olécrânienne.

Sur les téguments qui tapissent la face antérieure du muscle grand pectoral gauche nous remarquons encore deux vésicules qui n'existaient pas hier.

Le cou et la tête sont complètement indemnes. Toutes ces vésicules sont disposées sans aucun ordre; bien qu'il y ait peut-être une certaine symétrie dans la disposition de quelques-unes, elles n'affectent, aucun rapport avec le trajet des filets nerveux.

Le 21. — Le malade est à peu près complètement guéri. De son zona intercostal il ne reste plus que la rougeur, un peu de desquamation et d'assez nombreuses cicatrices déprimées, violacées.

Les vésicules aberrantes ont également, pour la plupart, disparu. Quelques-unes pourtant persistent encore sous forme de croûtes.

A aucun moment nous n'avons pu, chez ce malade, constater le moindre engorgement des ganglions axil-

lares ; le malade n'a, d'ailleurs, éprouvé aucune douleur dans le creux de l'aisselle droite. Nous n'avons rien remarqué d'anormal dans la région inguinale du même côté.

En recherchant les troubles de la sensibilité qui ont persisté chez ce malade après la disparition des vésicules et la cicatrisation des ulcérations nous sommes arrivés aux résultats suivants :

La sensibilité à la douleur est augmentée ; le moindre pincement de la peau, du côté droit, cause à cet homme une sensation très désagréable de brûlure ; à gauche, au contraire, la sensibilité est normale et une excitation identique ne produit aucune douleur.

La sensibilité à la température paraît normale, le malade distingue très bien le contact d'un objet froid et celui d'un objet chaud.

Les pointes du compas sont perçues distinctes avec un moindre écartement à droite qu'à gauche.

Le 22. — Le malade sort de l'hôpital en très bonne voie de guérison.

OBSERVATION VII (personnelle).

Web... femme Bal..., lingère, âgée de 61 ans, entrée à l'hôpital le 3 août 1895.

Cette femme disait éprouver des douleurs depuis trois ou quatre jours dans les reins du côté droit. En l'examinant nous constatons une large éruption de zona.

Interrogée au point de vue de ses antécédents, nous n'avons pu obtenir rien de précis, son état mental laissant à désirer. Elle nous apprend néanmoins qu'il y a trente ans elle a eu la variole, dont elle conserve du

reste de belles traces. Elle est restée malade trois mois, et depuis lors elle a toujours eu une santé délicate.

Elle nous apprend en outre qu'il y a 25 ans, elle a fait un avortement dans des circonstances particulièrement dramatiques. Surprise par un incendie qui s'était déclaré dans la maison qu'elle habitait, et n'ayant plus le temps de fuir elle dut sauter dans la rue de la hauteur du premier étage.

C'est là tous les renseignements qu'elle a pu nous fournir.

Mais nous avons appris d'autre part, que depuis sept ou huit ans, elle s'était adonnée à la boisson et qu'elle était fréquemment ivre. Elle présente en effet quelques signes d'éthylisme ; sa parole est lente, elle cherche ses mots, elle a des céphalalgies et des insomnies fréquentes. Lorsqu'on lui fait tirer la langue, on s'aperçoit qu'elle est tremblotante. La main étendue et les doigts écartés sont atteints aussi de tremblements. Enfin elle a le regard vague et fuyant.

Etat actuel. — Depuis trois ou quatre jours elle éprouve dans le côté droit, région lombaire, des douleurs très vives, qui se sont accentuées depuis deux jours. Ces douleurs s'exaspèrent à la pression et se propagent assez loin.

Depuis deux jours également, elle a constaté à l'endroit douloureux, une éruption qui a débuté par quelques petits boutons, qui ont rapidement augmenté en nombre.

Cette éruption constitue une large bande, correspondant en arrière, à la colonne vertébrale, qu'elle dépasse un peu sur la ligne médiane, et s'étendant de la deuxième vertèbre dorsale à la troisième lombaire. Elle forme une bande continue, d'un rouge lie de vin, hérissées de vésicules en voie de formation et d'autres

déjà sèches, croûteuses. Cette bande s'avance du côté de l'abdomen en suivant une ligne absolument horizontale et arrive à peu près au niveau de la ligne située entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la ligne blanche, c'est-à-dire à peu près sur le bord externe du droit antérieur. Dans tout son trajet antérieur elle diminue de largeur, et ne présente plus que trois ou quatre centimètres au lieu de dix ou douze qu'elle a en arrière.

Si nous examinons la disposition du squelette et des nerfs de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, nous voyons que ces nerfs ont une direction horizontale jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et qu'à ce niveau ils s'infléchissent brusquement en bas, presque à angle droit. Il y a donc à ce niveau désaccord complet entre l'éruption et le trajet des nerfs.

L'état général de la malade n'est pas mauvais. Pas de fièvre, pas de troubles gastro-intestinaux. L'appétit n'est pas bon.

Le 4 août. — L'éruption s'accroît, le fond est encore plus rouge, mais ne s'est pas étendu ; les vésicules plus nombreuses que la veille sont si près les unes des autres, qu'elles seront bientôt confluentes. Quelques-unes sont sèches, d'autres paraissent vouloir s'ulcérer. La douleur est toujours aussi vive ; elle dépasse le bord de l'éruption, très loin au niveau de la colonne vertébrale, puisqu'elle se fait sentir jusqu'à la cinquième dorsale, moins loin sur le côté et en avant, où elle ne dépasse guère que de un à deux centimètres la plaque éruptive. On panse simplement avec de la poudre d'amidon.

Le 8. — L'aspect du zona a changé considérablement ; le fond est toujours constitué par la même teinte rouge, mais les vésicules qui sont devenues confluentes

les jours derniers, ont crevé et forment une énorme plaque, suintante, avec par-ci, par-là, des croûtes ; de larges crevasses séparent ces croûtes et laissent voir au fond le derme à un rouge hyperhémie.

La malade souffre beaucoup, les douleurs de sourdes qu'elles étaient et s'exaspérant à la pression, sont plus vives, comme dans une brûlure et l'empêchent de dormir.

Le 15. — Le travail de réparation commence à se faire ; la plaie ne suinte plus, la croûte est épaisse, d'une couleur blanc-jaunâtre.

Les bords sont moins rouges et ont plutôt tendance à se retirer vers le centre de l'éruption. La partie antérieure de l'éruption guérit plus vite que la partie postérieure. La douleur a diminué d'intensité, elle ne dépasse plus les limites de la région atteinte, sauf au niveau des apophyses épineuses, où elle remonte plus haut que la dixième vertèbre dorsale.

La malade, qui, jusqu'alors n'avait pu se lever, le moindre mouvement provoquant des douleurs violentes, s'est promenade un peu aujourd'hui.

Le 30. — L'éruption a disparu, il n'y a plus du tout trace de vésicules. Ses croûtes sont tombées. A leur place la peau s'est légèrement rétractée et conserve sa teinte rougeâtre. La douleur elle-même n'existe plus qu'à la pression et seulement au niveau de la douzième dorsale et de chaque côté de la ligne médiane.

Le 22 octobre. — La malade sort de l'hôpital guérie de son zona, mais conservant encore un peu de gêne dans la marche et surtout dans les mouvements qu'elle doit faire pour se baisser, quand elle veut ramasser quelque chose.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Del..., 31 ans, prévôt d'armes dans un régiment de cuirassiers.

Vu le 2 juillet, à l'infirmerie du régiment.

Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, sont nuls.

Il nous dit seulement avoir éprouvé au mois de mars de vives douleurs au cou, dans la région occipitale. Il ne se souvient pas combien de temps ces douleurs ont duré.

Il y a trois ou quatre jours, il a aperçu dans le côté gauche quelques petits boutons dont le nombre a augmenté jusqu'à hier.

En même temps, hier, en faisant un mouvement d'élévation du bras, il a senti une vive douleur qui a persisté depuis à l'état continu.

Actuellement, la douleur qui n'est pas vive au repos, est exaspérée par la pression et s'étend de la colonne vertébrale sur les première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales; de là, elle rayonne jusque dans l'épaule et sur le trajet de l'éruption, se faisant sentir aussi bien au niveau des côtes que dans les espaces.

L'éruption est constituée par trois groupes de vésicules, bien agglomérées, sauf sur le groupe antérieur où on aperçoit quelques vésicules en dehors de la plaque. De ces trois groupes, le postérieur, le moins important siège sur la troisième côte et le troisième espace intercostal.

Le groupe du milieu, situé sur le bord antérieur du creux axillaire, est le plus important; il siège sur la

troisième côte et la moitié du deuxième espace. Enfin, le troisième groupe siège à quelques centimètres en dehors du sternum et occupe le deuxième espace et la deuxième côte.

Nous voyons, d'après cette description, que l'éruption forme ici une bande, non seulement horizontale, mais ayant tendance à être oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

OBSERVATION IX.

Weiss. *Arch. für Dermatol.*

Jeune homme, 17 ans, sculpteur, entré le 10 juin 1896.

Le malade dit que le jour qui a précédé l'éruption, il a soulevé un lourd fardeau, ayant exigé de sa part un grand effort. Bientôt après, il a ressenti dans l'épine dorsale, au niveau de l'omoplate, de violentes douleurs qui s'étendaient jusqu'à l'épaule. Il n'eut pas de fièvre, non plus que de maux de tête, l'appétit seul a diminué.

Etat actuel. — On trouve à la partie médiane du dos, à droite, depuis le troisième jusqu'au septième espace intercostal, sur toute l'omoplate, et même dépassant ces limites aussi bien en dedans qu'au dehors, de nombreux groupes de vésicules. De plus, on en trouve également sur la partie antérieure du thorax, dépassant un peu le milieu du sternum, et sur le bord antérieur du creux axillaire correspondant au quatrième espace intercostal.

Au dos, dans la région des quatrième et cinquième vertèbres, on rencontre une partie nécrosée.

Le patient est un peu anémique, mais l'état de ses organes intérieurs est normal.

Un schéma accompagne cette observation de M. Weiss, et montre l'étendue de la lésion cutanée.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. Achard).

Zona thoracique avec éruption discrète et large bande d'anesthésie.

Louise D..., âgée de 22 ans, femme de chambre, entrée le 9 juillet 1896, salle Axenfeld, n° 16 *bis*, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Achard.

Antécédents de famille. — Père mort d'une maladie de foie (?) à 60 ans environ. Mère morte à 30 ans de tuberculose pulmonaire. Un frère de 17 ans et une sœur de 12 ans morts également tuberculeux. Une autre sœur est âgée de 26 ans et vient de subir l'ovariotomie.

Antécédents personnels. — A l'âge de 4 ou 5 ans, fluxion de poitrine, ayant duré plusieurs semaines ; à 8 ans, nouvelle fluxion de poitrine ayant duré deux mois. A 12 ans, bronchite grave avec hémoptysie assez abondante ; depuis cette époque, la malade est sujette à tousser surtout l'hiver. Réglée à 17 ans, normalement jusqu'à l'année dernière. A partir de ce moment, les règles sont devenues très abondantes et douloureuses, et il y a, dans l'intervalle des règles, des pertes blanches. La malade a été soignée pour une métrite dans le service de M. Lucas-Championnière.

La malade ne connaît pas de cas de zona dans son entourage.

La *maladie actuelle* a débuté il y a trois semaines. Le 21 juin, la veille de l'apparition des règles, la malade éprouva de vives démangeaisons au-dessous du sein droit ; les jours suivants, le prurit persista et s'accompagna d'une douleur vague dans la moitié droite du tronc. Le 30 juin, en se regardant dans la glace, la malade s'aperçut d'une plaque rouge recouverte de petits boutons au-dessous du mamelon droit ; le lendemain apparurent deux nouvelles plaques dans le dos vers la pointe de l'omoplate ; deux ou trois jours plus tard, une autre plaque vésiculeuse vers le bord inférieur et externe du sein, enfin plusieurs petits groupes de vésicules vers le bord interne et inférieur du sein droit.

A son entrée à l'hôpital (9 juillet), la malade, grande et bien constituée, présente un zona thoracique typique à vésicules peu nombreuses. On trouve en avant de la poitrine des groupes de vésicules reposant sur des plaques érythémateuses et deux dans le dos.

A. — Les *groupes antérieurs* sont tous situés au-dessous du mamelon :

1° Le groupe *inférieur*, le plus petit et le premier apparu, est formé de quelques rares vésicules confluentes et légèrement ulcérées. Il est situé un peu en dedans de la ligne mamelonnaire droite, dans le cinquième espace intercostal et affleure le bord supérieur de la sixième côte ;

2° Le groupe *externe*, apparu quelques jours après le précédent, est formé de quatre petites plaques rouges, ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes, ulcérées en forme de cratère au centre. Il correspond

au cinquième espace intercostal, à un bon travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire.

3° Le groupe *interne*, formé par trois plaques recouvertes de vésicules ayant respectivement les dimensions d'une pièce d'un franc, de 50 et de 20 centimes, atteint en dedans le bord droit du sternum ; en dehors il reste distant de deux travers de doigt de la ligne mamelonnaire et couvre toute la hauteur de la quatrième côte en empiétant sur le quatrième espace intercostal.

4° Le groupe *supérieur*, situé à un travers de doigt au-dessous du mamelon, est en rapport avec le bord supérieur de la quatrième côte. Il est formé par une petite plaque du volume d'une pièce de 20 centimes, couverte de quelques vésicules en voie de dessiccation.

B. — *Les groupes postérieurs*, au nombre de deux, se trouvent à deux travers de doigt en dehors de la pointe de l'omoplate, sur la septième côte et le sixième espace intercostal.

1° Le groupe *supérieur* présente deux petites ulcérations cratériformes, du volume d'une lentille, et offrant des traces de sphacèle ;

2° Le groupe *inférieur*, un peu plus grand, est recouvert par des vésicules desséchées.

Troubles de la sensibilité. — Une zone d'*anesthésie* encadre les plaques de zona. En arrière, cette zone est limitée par deux lignes à peu près parallèles ; sous l'aisselle, ses limites sont moins régulières et en avant elles sont festonnées. Au-dessous du mamelon il n'existe même pas une véritable zone d'anesthésie continue, mais seulement des îlots disposés autour des groupes inférieur, supérieur et interne.

1° En arrière, la bande d'anesthésie commence à un travers de doigt de la ligne médiane, elle mesure 7

centimètres de hauteur et est comprise entre la cinquième et la septième côte;

2° Sur le prolongement de la pointe de l'omoplate, elle mesure 9 centimètres et est comprise entre la quatrième et la septième côte ;

3° Sur la ligne axillaire, elle mesure 10 centimètres et s'étend de la quatrième et la huitième côte. A ce niveau la limite supérieure devient irrégulière et forme un angle aigu à ouverture inférieure;

4° Sur la ligne mamelonnaire, elle mesure 19 centimètres et s'étend du deuxième espace intercostal à la septième côte;

5° Au niveau du bord droit du sternum, elle mesure 17 centimètres et s'étend du premier espace intercostal jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde. Mais à ce niveau il ne s'agit plus d'une bande d'anesthésie uniforme, mais d'îlots plus ou moins irréguliers et confluent. La limite interne de la zone anesthésique est à peu près formée par le bord droit du sternum. Cependant dans sa moitié supérieure, cette limite reste à un travers de doigt du dehors du bord sternal.

Dans toute cette zone, l'*anesthésie tactile* est incomplète : la malade sent toujours le contact, mais avec une intensité bien moindre que du côté opposé. L'*anal-gésie* est relativement plus prononcée et la malade ne sent pas du tout la piqure légère. La *thermanesthésie* existe aussi : la sensibilité au froid et au chaud est abolie par places ou diminuée. En arrière, les zones d'anesthésie tactile et thermique se confondent ; la sensibilité au froid paraît entièrement abolie, celle au chaud est diminuée. En haut la zone d'anesthésie thermique est un peu plus étendue que celle de l'anesthésie au contact et à la douleur.

Immédiatement en dedans du mamelon, il existe un peu d'hypéresthésie au chaud.

Sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales on constate une *hypéresthésie* très nette à la *pression*.

En somme, si l'on considère seulement l'éruption, on trouve qu'en arrière elle est limitée au sixième espace et à la septième côte, et qu'en avant elle s'étend de la quatrième côte à la sixième. L'écart est évidemment trop peu considérable pour qu'on en puisse tirer un argument contre la théorie de la névrite. Mais l'éruption n'est ici qu'un des éléments de la maladie, et les troubles sensitifs, qui complètent le tableau symptomatique, viennent démontrer la discordance entre la distribution des nerfs cutanés et la topographie des troubles nerveux.

En effet, la zone anesthésique, étendue en arrière de la cinquième à la septième côte, s'élargit en avant et se trouve comprise entre le 1^{er} espace et l'appendice xyphoïde; sa limite inférieure atteint latéralement la huitième côte. Il n'y a donc pas de parallélisme avec les espaces intercostaux et les branches de distribution des nerfs. De plus, l'absence de superposition exacte des troubles de sensibilité thermique et de sensibilité au tact et à la douleur, ainsi que l'absence de points névralgiques et la présence d'hypéresthésie à la pression des apophyses épineuses dans la région dorsale moyenne constituent encore des arguments à l'appui d'une origine spinale,

Examen des diverses fonctions.— La malade tousse fréquemment, mais ne présente rien à l'auscultation, elle ne crache pas, n'a pas eu d'hémoptysies récentes. Rien au cœur. Pouls (64) et température (37) normaux. Urine normale. Rien à noter du côté du foie et

de la rate. Il y a quelques troubles digestifs : anorexie, enduit blanchâtre de la langue. Troubles génitaux signalés plus haut.

La malade n'a pas de stigmates nets d'hystérie. La vision de l'œil gauche est affaiblie mais il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'hémi-anesthésie, pas d'anesthésie pharyngée, ni de zones hystérogènes. Toutefois la malade est sujette à des crises de larmes et de rire ; il y a un mois elle a eu une perte de connaissance dans la rue, sans cause appréciable ; elle ne s'est pas débattue, n'a pas crié ni uriné sous elle.

Sur le tronc, le cou, les membres, on remarque des noëvi pigmentaires nombreux, volumineux et saillants.

Sur la face antérieure du sein droit, au devant de l'épaule et sur le bras droit, il existe quelques taches érythémateuses, que la malade attribue à des piqures d'insectes.

Traitement : antipyrine 1 gramme. Poudre d'amidon sur l'éruption.

Les jours suivants, l'éruption de zona ne s'étend pas et se flétrit. Mais la zone d'anesthésie dépasse ses limites primitives en haut et en bas d'un bon travers de doigt. Son bord inférieur descend, sur la ligne mamelonnaire, jusqu'au huitième espace intercostal. Elle atteint la ligne médiane en avant et en arrière.

12 juillet. — Les règles apparaissent avec abondance. L'éruption est en voie de dessiccation. L'anesthésie persiste.

17 juillet. — L'éruption de zona est en voie de disparition ; toutes les vésicules sont sèches. La zone d'anesthésie est beaucoup plus étendue que précédemment. Elle occupe presque toute l'étendue de la moitié droite du thorax. Les limites supérieure et inférieure sont

presque horizontales : la limite inférieure surtout croise très obliquement la direction des côtes.

En arrière. — La limite interne correspond exactement à la ligne médiane et s'étend de la troisième à la dixième apophyse épineuse. La limite supérieure remonte d'abord et reste ensuite horizontale ; elle occupe alors la région sus-épineuse et reste à environ un travers de doigt du bord libre du trapèze. La limite inférieure, à peu près horizontale atteint sur le prolongement de l'angle de l'omoplate la onzième côte.

Latéralement. — L'anesthésie occupe les deux tiers supérieurs de la région deltoïdienne. En bas, elle est limitée sur le bras par une ligne horizontale, passant à deux bons travers de doigt au-dessus du V deltoïdien, au niveau de l'aisselle, la limite supérieure de la zone d'anesthésie est irrégulière ; en arrière elle empiète de trois travers de doigt sur la face interne du bras, tandis qu'en avant elle passe juste au fond de l'aisselle.

La limite inférieure et latérale correspond au huitième espace intercostal et à la huitième côte.

En avant. — La limite supérieure forme un demi-cercle à concavité inférieure, correspondant à peu près à la limite supérieure du sein droit et au deuxième espace intercostal sur le prolongement de la ligne mamelonnaire.

La limite inférieure est à peu près horizontale et croise sur le prolongement de la ligne mamelonnaire la neuvième côte et le neuvième espace intercostal.

La limite interne atteint la ligne médiane au niveau de la troisième côte, et s'étend en bas jusqu'au milieu d'une ligne allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

La malade présente des troubles vaso-moteurs de la peau ; on produit très facilement la raie vaso-motrice.

Ses règles sont arrêtées depuis hier matin.

Au toucher on trouve un col mou, paraissant ulcéré; les culs-de-sac vaginaux antérieur et droit sont légèrement douloureux. Il n'y a pas de tuméfaction nettement appréciable au niveau des annexes. Au spéculum le col apparaît gros et avec une large ulcération.

CONCLUSIONS

Comme l'ont soutenu MM. Brissaud et Achard, la plupart des cas de zona dit primitif ou essentiel ont une origine spinale.

Le désaccord qui existe entre la topographie de l'éruption et la distribution des nerfs cutanés, la concordance de la topographie de cette éruption avec celle des troubles sensitifs d'origine médullaire, la coexistence possible d'anesthésie spinale avec l'éruption, le caractère des douleurs qui sont vagues et diffuses, l'absence habituelle de points névralgiques, l'existence parfois constatée de douleurs symétriques et d'hypéresthésie rachidienne, quelques cas de troubles moteurs associés au zona constituent des arguments à l'appui de la théorie médullaire.

Les faits anatomo-pathologiques publiés jusqu'ici ne sauraient fournir matière à des objections contre cette théorie centrale du zona dit primitif.

Enfin la théorie infectieuse de Landouzy se concilie fort bien avec l'origine spinale de ce zona.

Vu : le Président de la thèse,
DEBOVE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSEREAU. — Thèse Paris, 1840.
PARROT. — Union médicale, mars 1856.
CHARCOT. — Journal de physiologie, 1859.
LEUDET. — Arch. gén. de médecine, mai 1865.
CHARCOT et COTARD. — Mém. de la Soc. de Biologie, 1866, t. XVII.
HAYEM. — Arch. de physiologie, 1873 et Soc. de Biologie, 1875.
W'CREA. — The Dublin Journal of med. scienc., oct. 1874.
MARTINI DE CRÉMONE. — Recueil d'ophtalmologie.
RIESEL. — Deutsch. med. Wochens., 1876.
HARDY. — Gaz. des hôpitaux, 1876.
KAPOSÍ. — Strick. Jahrb., 1876.
CHANDELUX. — Arch. de physiologie, 1879.
LANDOUZY. — Sem. médicale, 1883.
HARDY. — Nouv. Dictionn. de médecine et de chir. prat.
JOFFROY. — Arch. de physiologie, 1882.
HELLIOTT. — Journ. of cutan. dis., sept. 1889.
FOX. — » » » mars 1890.
CARTIER. — France médicale, 1891.
Trousseau. — Clinique médicale, tome I.
WEISS. — Arch. für Dermatol., XXII, 1890.
BERBES. — Gaz. des hôp., 1892.
RENDU. — Presse médicale, déc. 1894.
MATIGNON. — Soc. méd. des hôp., fév. 1894.
MACKENSIE. — Journal of Pathol. and Bacteriol., 1892.
LEROUX. — Dict. encyclopéd. des sciences médicales.
TENNESON. — Maladies de la peau.

POTAIN. — Médecine moderne, 1894.

MOLINIÉ. — Thèse de Paris, 1895.

EBSTEIN. — Virchow's Arch. 1895.

CHIPAULT. — Revue de neurologie, mai 1896.

BRISAUD. — Bulletin méd. des 8 et 26 janvier ; — Journ. de méd.,
25 mars 1896.

ACHARD. — Soc. méd. des hôpitaux, 28 février et 10 avril 1896.

MARINESCO. — Semaine médic., 1^{er} juillet 1896.

Porter — Motion picture, 1901.
Moulin — The de la Tour, 1901.
Porter — The de la Tour, 1901.
Curtis — The de la Tour, 1901.
Moulin — The de la Tour, 1901.
Porter — The de la Tour, 1901.
Curtis — The de la Tour, 1901.
Moulin — The de la Tour, 1901.

